

**Anamnese - Fragebogen für Kinder**

Name des Kindes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name der Eltern / Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Beruf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ – Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

Beruf \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geschwister\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andere Bezugspersonen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherung:

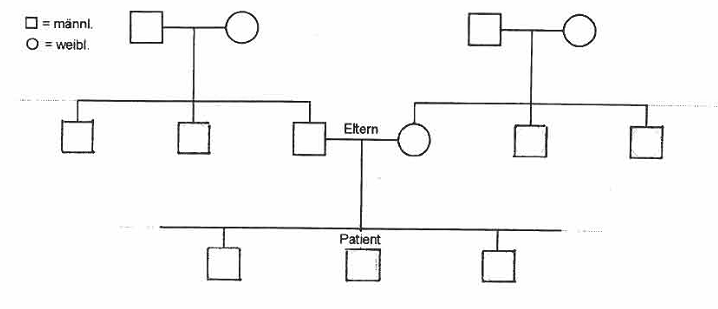
Ο Gesetzlich (AOK, DAK usw.) Ο Beihilfe/Post Ο Privat-Versicherung (welche)

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten können Sie die Fragen mit eigenen Worten beantworten. Bitte nehmen Sie sich genug Zeit.

* Welche Beschwerden hat Ihr Kind und seit wann hat es diese?

* Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)?

z.B. Krebs, Tuberkulose, Geisteskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Selbstmord, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Zuckerkrankheit, Rheuma, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Migräne.



* Schwangerschaft und Geburt

Wie verlief die Schwangerschaft (Positives/Stress/Infektionen/vorzeitige Wehen, Blutungen, Medikamente)?

Wurde Ihr Kind früher/später als geplant entbunden?

Kaiserschnitt/ Spontangeburt/ Hausgeburt/ Klinikentbindung?

**Gerne Mutterpass und Gelbes Vorsorgeuntersuchungsheft mitbringen!**

* Neugeborenen-/ Säuglingsperiode

Gab es Komplikationen (Ikterus, Trinkschwäche, Erbrechen, Krämpfe, Gewicht)?

Wurde Ihr Baby gestillt? Wenn ja, wie lange?

* Aktuelle Ernährung, Stuhlgang, Miktion, Schlaf

Kostaufbau

Ernährungsprobleme

Umfeld für Mahlzeiten

Unverträglichkeiten / Meidungen

Stuhlgang

Miktion

Menarche/Periode

Schlaf

* Welche Impfungen hat Ihr Kind bekommen (Basisimpfungen, Auffrischungen)?

***Bitte Impfausweis mitbringen/ ankreuzen***

Diphterie Pertussis Tetanus Haemophilus influenzae Polio Masern Mumps Röteln Hepatitis A/B Pneumokokken Meningokokken andere

Gab es Reaktionen auf Impfungen (z. B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen)?

* Welche Infektionskrankheiten hat Ihr Kind durchgemacht? Bitte ankreuzen/ergänzen.

Diphterie Varizellen Masern Pertussis Tb Mumps Scharlach Röteln Ringelröteln Dreitagesfieber grippaler Infekt Bronchitis Pneumonie Madenwürmer

Andere durchgemachte Krankheiten?

Unfälle/Traumata/Operationen/Krankenhausaufenthalte?

* Allgemeine Entwicklung/Aktivitäten

frei sitzen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frei laufen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_stehen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trocken\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_erste Worte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zweiwortsätze\_\_\_\_\_

Kita/Kindergarten, Schule, Freunde

Schulleistung

Sozialverhalten

Hobby

Sport

* Soziale Anamnese

Betreuung des Kindes (hauptsächliche Bezugspersonen, zeitweise Betreuung durch Tagesmutter/Kita, ganztags, halbtags)

Berufliche Situation der Eltern (Beruf Mutter/Vater)

Wohnung (Mitbewohner)

Erziehungsprobleme

Besondere Vorkommnisse (Umzug, Krankheit, Tod, Scheidung, Geburt Geschwisterkind)

Besondere soziale und/oder familiäre Belastungen

* Körperliche Anamnese:

Alter\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Größe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gewicht\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Temperatur\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Puls\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_RR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Konstitution

Entwicklung

Ernährungszustand

Pflegezustand

* Gibt es Allergien?

Pollen / wann................................................................

Nahrungsmittel............................................................

Medikamente…………………………………………………………..

* Besonderheiten/Symptome/Untersuchung

A) Haut

B) Skelett

C) Kopf/Hals (HNO, LK)

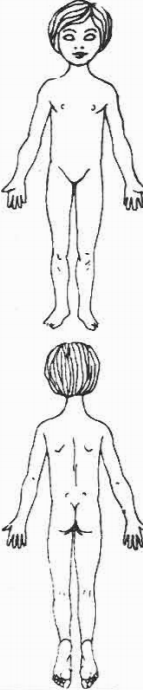
D) Herz/Kreislauf

E) Atmungsorgane

F) Abdomen

G) Genitale/sek. Geschlechtsmerkmale

H) Nervensystem/Sinnesorgane



* Wünsche, Ziele, Anregungen

Vielen Dank für Ihre Informationen!

Alle Daten werden vertraulich und nach den aktuellen Datenschutzrichtlinien behandelt.

Bei Rückfragen setzen Sie sich gerne per Telefon (0172-3021209) oder Mail ([ziller.lueneburg@freenet.de) mit](mailto:ziller.lueneburg@freenet.de)%20mit) mir in Verbindung.

Viele Grüße, Brigitta Ziller